



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico



OLIGOHIDRAMNIOS

Trabajo Académico presentado por la
Obstetra:

Palero Chambi, Marlene Elvira

para optar el Título Profesional de
Segunda Especialidad en Alto Riesgo
Obstétrico

Asesora: Dra. Oviedo Tejada, Verónica

AREQUIPA – PERÚ

2018

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 11 Noviembre 2018

INFORME DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD

A : Mgter. Rebeca Flores Flores
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura
DE : Dr. José Emilio Vique
Dr. Carlos Andrés Hernández
Dr. Verónica Cusado Pacheco
Dictaminadoras del Borrador de Tesis de 2da. Especialidad

TITULO DEL BORRADOR:

"Oligohidramnios"
.....
.....
.....
.....

PRESENTADO POR:

Lic. Marlene Elvira Palero Chambo

Para optar el título de Segunda Especialidad en "Alto Riesgo Obstétrico"

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TRABAJO ACADÉMICO, se da el DICTAMEN favorable, para la sustentación del trabajo respectivo.

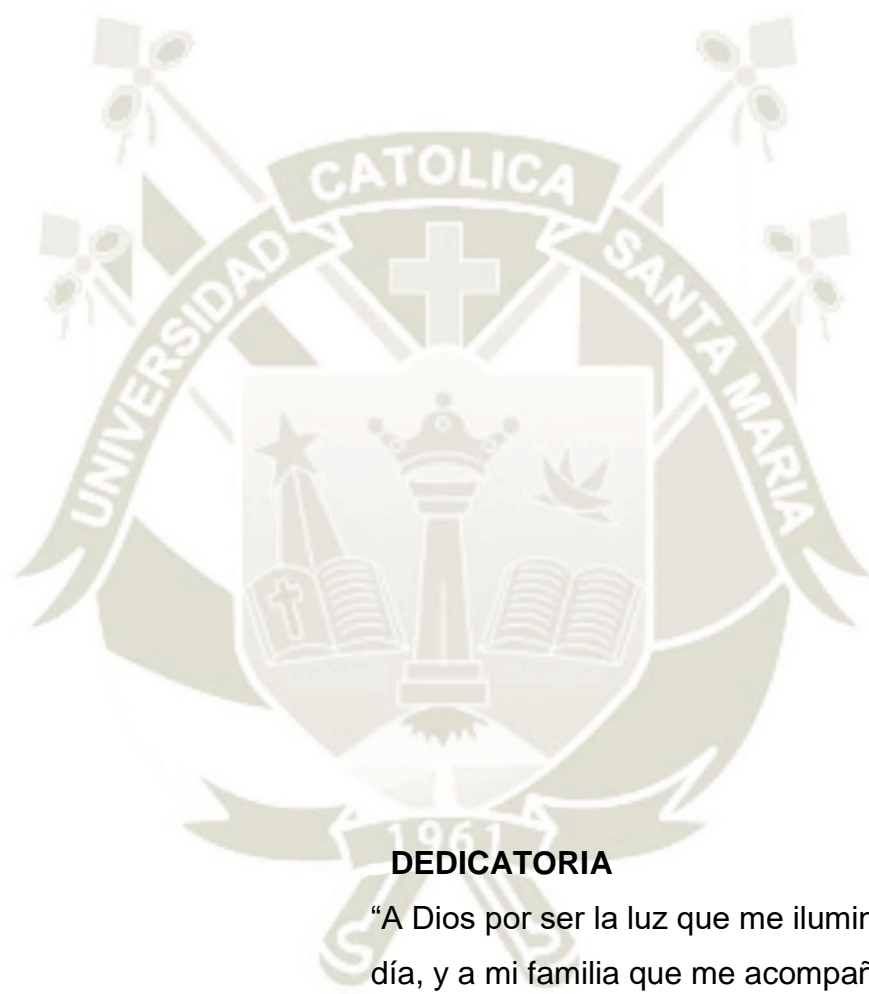
Debiendo elaborar la Tesis según el formato oficial del Reglamento de Investigación.

Atentamente,

José Emilio Vique
Presidente

Verónica Cusado Pacheco
Vocal

Verónica Cusado Pacheco
Secretaria



DEDICATORIA

“A Dios por ser la luz que me ilumina y guía cada día, y a mi familia que me acompaña en mis sueños”



EPÍGRAFE

La investigación de la enfermedad ha avanzado tanto que cada vez es más difícil encontrar a alguien que esté completamente sano.

Aldous Honley

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
EPÍGRAFE	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	x
CAPITULO I	1
MARCO CONCEPTUAL	1
1. OLIGOHIDRAMNIOS	1
1.1. CONCEPTO.....	1
1.2. MEDICIÓN DE LA CANTIDAD DE LÍQUIDO AMNIÓTICO.....	3
1.3. CAUSAS DE OLIGOHIDRAMNIOS	4
1.4. COMPLICACIONES DEL OLIGOHIDRAMNIOS	5
1.5. DIAGNÓSTICO DEL OLIGOHIDRAMNIOS	6
1.6. TRATAMIENTO DEL OLIGOHIDRAMNIOS	7
1.7. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA	9
1.8. PRONÓSTICO	9
1.9. FACTORES DE RIESGO.....	10
CAPITULO II	16
MARCO METODOLÓGICO.....	16
CAPITULO III	27
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

RESUMEN

OBJETIVO: La revisión y análisis del caso clínico de paciente con diagnóstico de oligohidramnios severo, fue identificar los antecedentes obstétricos de la paciente en mención. Así como establecer la presencia de los signos y síntomas que hacían suponer la presencia de la enfermedad subyacente e indicar el tratamiento que resguarde el bienestar materno y fetal.

Se presenta el caso clínico de oligohidramnios severo, el 08-11-18, en el Hospital de Mollendo, establecimiento de salud de origen. Paciente acude a su primera atención prenatal en el tercer trimestre del embarazo, no presento signos de alarma, tiene dudas respecto a (fecha ultima regla)FUM, se complementa con un estudio ecográfico observando disminución de líquido amniótico y gestación que no está a término por biometría fetal. No teniendo capacidad resolutive para atender esta patología deciden referencia a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive como es el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo (HNCASE) de Arequipa, con el diagnóstico de: Oligohidramnios severo y gestación de 33 semanas (sem.) y 3 días. Paciente es atendida en HNCASE el 09 -11-18, donde indican hospitalización con diagnósticos: Gestación de 34 semanas y 6 días, oligohidramnios severo vulvovaginitis, anemia e Infección del tracto urinario. Pendiente ecografía doppler e interconsulta a la especialidad de medicina interna y hematología. Tratamiento indicado hidratación endovenosa (EV), dexametasona 6 mg c/12 horas, cefazolina 1 gramo (gr) por vía endovenosa (EV), Clotrimazol, 1 óvulo por noche.

Gestante continua hospitalizada en espera de concluir su embarazo en las mejores condiciones y probable cesárea.

CONCLUSIONES:

- Gestante que lleva un embarazo no planeado, sin ningún conocimiento de los riesgos que conlleva este, en la salud del feto como en ella.
- Gestante que no se responsabiliza de la atención que debe recibir por el embarazo, no acude a atención prenatal (APN) en forma adecuada, ya que acude en el tercer trimestre.

- Por hallazgo ecográfico le diagnostican: Oligohidramnios severo, un embarazo que no está a término, patología que pone en riesgo el bienestar fetal y materno convirtiéndose en una emergencia.
- Gestante es referida en forma oportuna hacia un hospital de mayor complejidad como es el HNCASE.
- La gestante no tiene antecedentes de enfermedades ni consumo de medicamentos.
- Gestante no presenta síntomas que la hicieran sospechar de alguna enfermedad, pero se hace el hallazgo de: Anemia severa, infección del trato urinario y vulvovaginitis, no diagnosticadas ni tratadas en el primer nivel de atención complicando el pronóstico materno-fetal.
- El manejo de la gestante es de acuerdo a guías de atención y a la capacidad resolutive que tiene esta institución de salud.
- La conducta en este caso sería expectante y vigilante, para la culminación del embarazo por cesárea.

Palabra clave: Oligohidramnios, líquido amniótico.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The review and analysis of the clinical case of a patient with a diagnosis of severe oligohydramnios was to identify the obstetric history of the patient in question. As well as establishing the presence of the signs and symptoms that made us suppose the presence of the underlying disease and indicate the treatment that protects maternal and fetal well-being.

The clinical case of severe oligohydramnios is presented, on 08-11-18, in the Hospital de Mollendo, health establishment of origin. Patient goes to his first prenatal care in the third trimester of pregnancy, I do not show signs of alarm, he has doubts about (last rule) FUM, it is complemented with an echographic study observing decrease of amniotic fluid and gestation that is not full term fetal biometry. Not having resolute capacity to address this pathology, they decide to refer to another health facility with greater resolute capacity, such as the Carlos Alberto Seguí Escobedo National Hospital (HNCASE) in Arequipa, with the diagnosis of: Severe Oligohydramnios and 33 weeks' gestation (sem.) and 3 days. Patient is seen in HNCASE on 09-11-18, where they indicate hospitalization with diagnoses: Gestation of 34 weeks and 6 days, severe oligohydramnios vulvovaginitis, anemia and urinary tract infection. Doppler ultrasound and interconsultation to the specialty of internal medicine and hematology. Treatment indicated intravenous hydration (EV), dexamethasone 6 mg c / 12 hours, cefazolin 1 gram (gr) intravenously (EV), Clotrimazole, 1 ovule per night.

Pregnant continue hospitalized waiting to conclude their pregnancy in the best conditions and probable cesarean section.

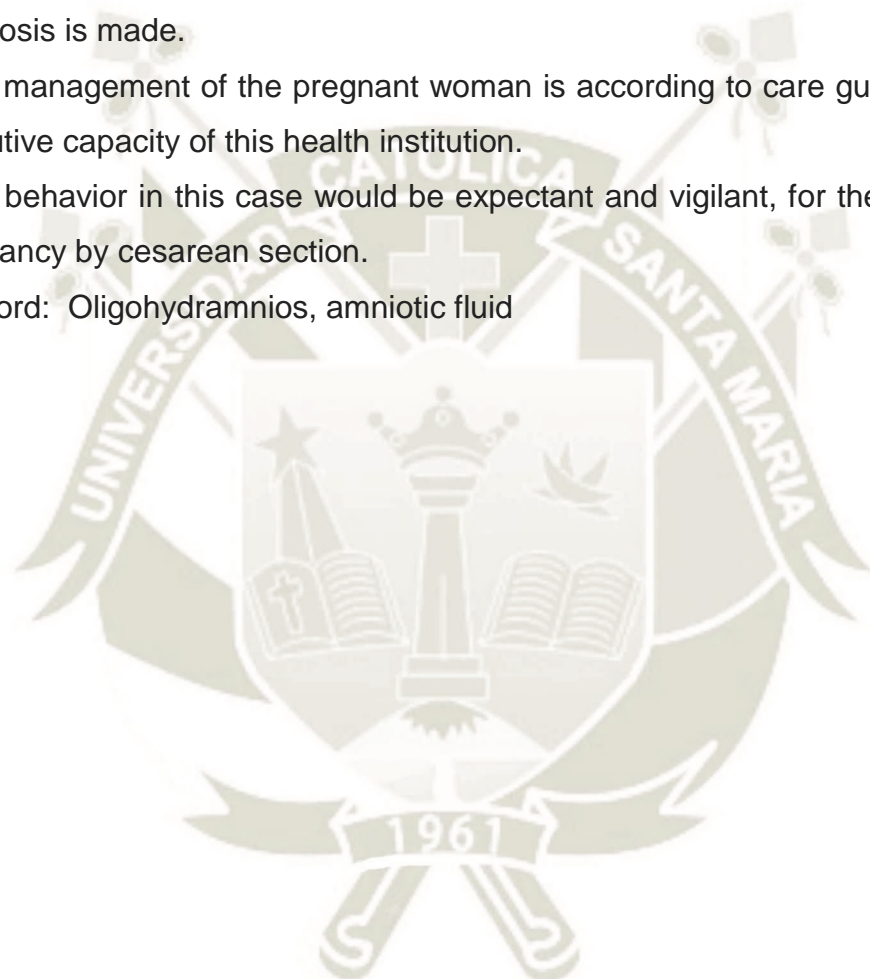
CONCLUSIONS:

- Pregnant woman who carries an unplanned pregnancy, without any knowledge of the risks that this entails, in the health of the fetus as in it.
- Pregnant woman who is not responsible for the care she should receive due to the pregnancy, does not go to prenatal care (APN) in an appropriate way, since she comes in the third trimester.

Due to ultrasound findings, they are diagnosed with: Severe oligohydramnios, a pregnancy that is not full term, a condition that puts fetal and maternal well-being at risk, becoming an emergency.

- Gestante is referred in a timely manner to a more complex hospital such as the HNCASE.
- The pregnant woman has no history of illnesses or drug use.
- The pregnant woman has no history of illnesses or drug use.
- Gestante does not present symptoms that made her suspect of any disease, but the finding of: Severe anemia, urinary tract infection and vulvovaginitis, undiagnosed or treated in the first level of care complicating the maternal-fetal prognosis is made.
- The management of the pregnant woman is according to care guides and to the resolute capacity of this health institution.
- The behavior in this case would be expectant and vigilant, for the completion of pregnancy by cesarean section.

Keyword: Oligohydramnios, amniotic fluid



INTRODUCCIÓN

El oligohidramnios es, una patología obstétrica que se caracteriza por la disminución de líquido amniótico para una determinada edad gestacional. (1)

Con una frecuencia de 0.5 a 5% o 1/750 se asocia con una mortalidad perinatal de 10 a 15 veces mayor y si la disminución de líquido amniótico es severa la mortalidad perinatal es de 40 a 50 veces más que la normal. (1)

Se asocia con complicaciones maternas y fetales. Actualmente la técnica más utilizada para definir el diagnóstico es mediante la medición ecográfica. Incluyendo la evaluación de malformaciones fetales, estudios sobre la base de las causas maternas que se sospechan clínicamente, y a veces con la ecografía Doppler I. (1)

El oligohidramnios, es un diagnóstico que se incorporó al trabajo obstétrico en las últimas décadas, es causa importante de morbilidad fetal e incrementó el indicador de la operación cesárea debido al sufrimiento fetal, se sabe que el daño fetal será proporcional al tiempo de exposición del feto a las causas que lo provocan. Es importante determinar la repercusión del oligohidramnios en las embarazadas de riesgo. (2)

Cuando un embarazo es a término y se presenta el oligohidramnios, no se encontraron diferencias significativas en presencia de líquido meconial, puntaje de Apgar < a los 7 puntos al minuto y a los 5 minutos, complicaciones y muertes neonatales ($p = ns$). Se concluye que el oligohidramnios aislado se asocia con aumento de la frecuencia de intervenciones para la interrupción del embarazo sin afectar la resultante neonatal. (3)

El oligoamnios complica del 0,5% al 8% de los embarazos y el pronóstico está asociado con la edad gestacional. Una alteración del volumen estaría asociada a múltiples factores de riesgos tanto maternos como fetales. (4)

El oligoamnios es más frecuente en el tercer trimestre su principal causa es la ruptura prematura de membranas, las principales comorbilidades fetales peso bajo al nacer, prematuridad, distrés respiratorio, y mortalidad fetal debido a que algunas gestantes no llevaban ningún control prenatal ni ecográfico. (4)

Siendo los objetivos del presente trabajo académico la revisión y análisis de un caso clínico de una paciente de 36 años de edad con diagnóstico de OLIGOHDAMNIOS.

El presente trabajo académico está organizado de la siguiente manera:

En el Capítulo I, se revisará el marco conceptual, en el Capítulo II, marco teórico y el Capítulo III, discusión, conclusión y recomendaciones.



CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

1. OLIGOHIDRAMNIOS

1.1. CONCEPTO

Oligohidramnios es un volumen insuficiente de líquido amniótico; se relaciona con patologías maternas y fetales. El diagnóstico es por estimación ecográfica del volumen de líquido amniótico. El manejo incluye controles de cerca y evaluaciones de ultrasonido secuenciales. (5)

La reducción en la medida del líquido amniótico, complica al feto, ya que impide su adecuado desarrollo, también a veces está asociada a enfermedades del riñón, del pulmón del estómago. No obstante gran parte, se conciben sanos.

El líquido amniótico rodea y asegura al feto. En el segundo trimestre, el feto puede tragarlo y respirarlo, el líquido amniótico ingresa a sus pulmones, lo que permite el desarrollo normal tanto de los pulmones como de su estructura gastrointestinal. Este líquido también permite que el feto se mueva, ayudando en el buen desarrollo de músculos y huesos.

El saco amniótico que contiene el organismo incipiente se conforma 12 días después de la concepción, mientras va llenándose con el líquido. (6)

El saco amniótico al inicio del embarazo, se compone principalmente de agua provista por la madre. Después de 20 semanas, el líquido está en su mayor parte conformado por orina fetal.

La cantidad del líquido se incrementa hasta la semana 32 de gestación. Con todo, después de ese tiempo, el nivel se mantiene estable hasta el punto en que el feto este maduro y el embarazo este a término (en el rango de 37 y 40 semanas).

Periodo en el que comienza a disminuir. El volumen de líquido amniótico no se puede estimar de forma directa y segura, aparte en el medio de una cesárea. En esta línea, la falta de líquido se diagnostica por criterios de ultrasonido, como es el índice de líquido amniótico (ILA).

El índice de líquido amniótico es la totalidad de la profundidad vertical del líquido estimado en cada cuadrante del útero. Los ámbitos típicos de la lista de líquidos amnióticos se extienden de 5 a 25 cm.: Valores <5 cm muestran oligohidramnios.

Alrededor del 8% de las mujeres que llegan al final del embarazo tienen un nivel de líquido amniótico inferior al normal. El oligohidramnios puede ocurrir en cualquier fase del embarazo, a pesar de que es más típico en el último trimestre. (6)

Aproximadamente el 12% de las madres ansiosas cuyos embarazos se extienden por más de catorce días, a partir de la fecha establecida para el parto, mostrarán esta condición, dado que después de 42 semanas de crecimiento el nivel de líquido amniótico se reduce considerablemente. Generalmente hay un líquido amniótico mínimo en las circunstancias que lo acompañan:

- El feto tiene malformaciones congénitas en el tracto urinario, particularmente en los riñones.
- El feto no se ha desarrollado ni crecido adecuadamente.
- El feto se ha ovitado.
- El feto tiene una variación cromosómica patológica.
- La placenta no funciona adecuadamente (en consecuencia, el feto no se puede desarrollar tanto como se espera).
- El embarazo ha durado demasiado tiempo (42 semanas o más).

Los médicos pueden suponer que existe un líquido amniótico mínimo cuando el útero es demasiado pequeño para la edad del embarazo. De vez en cuando, el problema se encuentra por casualidad en medio de un estudio ecográfico.

Oligohidramnios en sí mismo no causa síntomas maternos evidentes que nos haga sospechar o nos dé la alerta de un desarrollo fetal disminuido.

El tamaño uterino puede ser menor de lo previsto de acuerdo a la edad gestacional.

Algunas veces por los trastornos que ocasiona el oligoamnios pueden originar síntomas. (7)

1.2. MEDICIÓN DE LA CANTIDAD DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

La estimación de la medida del líquido amniótico se puede realizar utilizando técnicas distintivas, las dos más utilizadas son: La mayor sección vertical y el índice de los cuatro cuadrantes (ILA).

- Índice de líquido amniótico (ILA)

Es la estimación obtenida de la totalidad de los segmentos verticales más grandes de líquido amniótico, libres de partes fetales o cordón umbilical, en cada uno de los cuatro cuadrantes que están delimitados por la convergencia de dos líneas opuestas en el área del abdomen materno: la línea media longitudinal con la línea transversal entre la sínfisis púbica y el fondo uterino. El transductor se coloca en la posición sagital y es lo opuesto al suelo. Los valores de los cuatro cuadrantes de líquido amniótico (ILA) entre 5 y 25 centímetros se consideran normales. (8)

Se discute cuál es la mejor técnica para evaluar la medida del líquido amniótico. Mientras que la sección vertical más extrema es simple, el registro de líquido amniótico tiene una aproximación más notable para distinguir la disminución del líquido amniótico, aunque puede variar por los cambios de posición fetal.

Por lo tanto, en embarazos normales, la estimación del líquido amniótico se realizará utilizando el segmento vertical más extremo como instrumento de detección. La utilización del índice de líquido amniótico se utiliza de preferencia para los embarazos con patología

relacionada, por ejemplo, limitación de desarrollo fetal intrauterino.

En estos términos, oligohidramnios se caracteriza por la medida de una sección vertical mayor <2 cm, y se considera como oligoanidramnios/ anhidramnios graves cuando no es exactamente ≤ 1 cm, o un registro de líquido amniótico <5 cm. (9)

1.3. CAUSAS DE OLIGOHIDRAMNIOS

Entre las principales causas de oligohidramnios se encuentran las siguientes:

- Insuficiencia uterino-placentaria (p. Ej., Debido a la preeclampsia, hipertensión arterial crónica, senescencia placentaria, desorden trombótico u otra patología materna).
 - Medicamentos: Ejemplo, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (captopril, enalapril), inhibidores de prostaglandinas.
 - Embarazo post-término.
 - Anormalidades fetales, especialmente aquellas que disminuyen la cantidad de orina.
 - Restricción del crecimiento fetal.
 - Muerte fetal.
 - Cambios cromosómicos fetales (p. Ej., Aneuploidías)
 - Ruptura prematura de membranas.
 - Teniendo en cuenta lo anterior, los motivos de oligohidramnios se pueden dividir en tres grandes grupos.
1. Causas fetales: Desarrollo intrauterino restringido (CIR), anormalidades cromosómicas: Triploidias, trisomía 18, síndrome de Turne. Anormalidades congénitas: Renales (agenesia renal, atresia o agenesia ureteral, displasia renal, extrofia vesical, poliquistosis

renal, válvula uretral posterior, patología obstructiva severa. Restricción de crecimiento intrauterino(RCIU). Sufrimiento fetal crónico. Feto muerto, Post-madurez.

2. Membranas y causas placentarias: Desprendimiento prematuro de placenta, insuficiencia placentaria, síndrome de gemelo transfundido, ruptura prematura de membranas (RPM).
3. Causas maternas: Hipertensión arterial crónica, vasculopatía diabética, hipovolemia materna, enfermedad hipertensiva del embarazo. Medicación materna: Inhibidores de prostaglandinas, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA).

En el segundo trimestre del embarazo, la ocurrencia de una RPM representa la mitad de los casos de oligohidramnios, arrastrados por impedimentos de desarrollo intrauterino y anomalías fetales en 20% y 15% por separado, con 5% de los casos idiopáticos. (10)

1.4. COMPLICACIONES DEL OLIGOHDAMNIO

Se debe considerar que el peligro de complicaciones por oligohidramnios se basa en la cantidad de líquido amniótico disponible, teniendo como principales complicaciones de oligohidramnios:

- Muerte fetal
- Restricción del crecimiento fetal.
- Compresión del cordón umbilical.
- Presencia de meconio en el L.A.
- Depresión neonatal, sufrimiento fetal crónico.
- Bridas y adherencias entre el amnios y las partes del feto, pudiendo originar malformaciones graves, incluso amputación de miembros.
- Malformaciones musculo esqueléticas como pie equino por mal posición fetal.
- Desarrollo pulmonar tardío (si el oligohidramnios comienza desde el inicio del embarazo)
- Incapacidad del feto para soportar el trabajo de parto, lo que hace que termine en una cesárea. (11)

1.5. DIAGNÓSTICO DEL OLIGOHIDRAMNIOS

El oligohidramnios se diagnostica de la siguiente manera:

Estimación ecográfica del volumen de líquido amniótico.

Ecografía completa, incluida la evaluación de las malformaciones fetales.

Estudios basados en causas maternas que se sospechen clínicamente.

La ecografía doppler es de mucha utilidad.

La evaluación del líquido amniótico es subjetiva a través de estudios ecográficos. En el caso de que se sospeche de oligohidramnios, el líquido amniótico debe evaluarse cuantitativamente utilizando las técnicas de medida existentes: medida de un solo largo o índice de los cuatro cuadrantes (ILA).

Al diagnosticar oligohidramnios, las pruebas que acompañan y deben realizarse son para:

1. Descartar ruptura prematura de membranas: a través de la anamnesis y exámenes correspondientes. Realice una prueba de ruptura de membrana prematura si no hay salida de líquido amniótico característico por genitales.. En el caso de que exista una historia clínica sugestiva.
3. Descartar retardo de crecimiento intrauterino: Estimación del peso fetal acorde a edad gestacional es de utilidad ecografía doppler (pulsatilidad indicada del corredor umbilical / pulsatilidad indicada de la vía de suministro cerebral central e indicada de la pulsatilidad de las arterias uterinas).
4. Descartar malformaciones fetales: la investigación morfológica se realizó para decidir la conducta frente a anomalías nefrourológicas y del tubo neural.
5. Descartar contaminación fetal estándar por citomegalovirus: serologías maternas (inmunoglobulinas G / inmunoglobulinas M), marcadores

fetales por ultrasonido (microcefalia, ventriculomegalia, focos parenquimatosos hiperecoicos, hiperrefringencia intestinal).

Descartar toma de fármacos: Inhibidores de prostaglandinas, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA). (12)

1.6. TRATAMIENTO DEL OLIGOHIDRAMNIOS

En general, el tratamiento comprende en lo siguiente:

- Ecografía obstétrica para concluir el índice de líquido amniótico y monitorear el crecimiento fetal.
- Evaluar el bienestar fetal (test no estresante, perfil biofísico).
- La ecografía se debe realizar en estos casos sospechosos de oligohidramnios una vez y a intervalos regulares para detectar el crecimiento fetal, el índice de líquido amniótico debe estimarse una vez por semana.
- Además de los exámenes ecográficos, el experto probablemente le indicará completar exámenes para evaluar el bienestar fetal. Una de estas investigaciones podría ser la prueba de estrés fetal, que relaciona las aceleraciones de la frecuencia cardíaca del feto en relación a la dinámica uterina.
- El manejo clínico de Oligohidramnios depende principalmente del momento de la gestación en que se haga el diagnóstico.

También comprende lo siguiente:

- a) En aquellos casos en los que se encuentre una ruptura prematura de membranas o un retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) u otras se dará el tratamiento adecuado para cada patología en particular..
- b) En caso que la causa fuera la toma de medicamentos, la toma de ellos se verá interrumpida al instante. En caso de que el paciente haya consumido inhibidores de prostaglandinas, se realizará una evaluación

del conducto arterioso. Y si se encuentra una limitación ($IP < 1$ o enorme insuficiencia tricuspídea (Holo sistólico), el control se continuara cada 48 horas hasta su culminación.

- c) En aquellos casos en que el embrión muestre una malformación congénita, que pueda complicarse con hipoplasia pulmonar u otra malformación que comprometa seriamente su vida y su calidad de vida se informa a sus progenitores y en vista de estos datos, los progenitores decidirán beneficiarse o no del beneficio legal de interrupción del embarazo. Si los padres deciden continuar con el embarazo, deberíamos realizar una amniocentesis / cordocentesis para pensar en el cariotipo y evaluar las características y la capacidad renal en la orina fetal.
- d) La experiencia muestra que las pacientes con oligohidramnios idiopáticos no presentan resultados neonatales más lamentables en contraste con la población con el líquido amniótico normal.
- Manejo ante parto: Realización del perfil biofísico y del examen doppler semana a semana hasta las 36.6 semanas y desde la semana 37.0 a intervalos regulares. Se evalúa el peso fetal cada dos semanas.
- Conclusión de la gestación: La conducta expectante se mantendrá hasta 40 semanas del embarazo si su monitoreo fetal es normal. Más de 37 semanas en buenas condiciones cervicales (Bishop > 6) evalúan el final del embarazo. No existe ninguna contraindicación para la utilización de prostaglandinas.
- Manejo del parto: Debe estar en continuo monitoreo. Como alternativa se realiza la amniotomía tranvaginal, que es la infusión de líquido dentro del saco amniótico, lo que disminuye el riesgo de síndrome de aspiración meconial, cuando se observa meconio. La inducción si hay características adecuadas y finalmente la cesárea. (13)

1.7. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Historia Clínica.
2. Descartar RPM mediante test de Fern o Hidralazina.
3. Ecografía repetir en siete días.
4. Si se comprueba RPM, la diabetes mellitus eritroblastosis o la hipertensión inducida por el embarazo, trátela según los principios de estas patologías.
5. Ecografía que confirma Oligoamnios.
 - Descartar malformaciones congénitas.
 - Evaluar el crecimiento fetal.
 - Evaluar el bienestar fetal.

Interrumpir la gestación si la causa se basa en alguna malformación congénita que no es compatible con la vida.
6. Hospitalización para la hidratación materna o amnioinfusión si hay pérdida de meconio e intentar parto vaginal.
7. En el caso que esté asociado a postmadurez (sufrimiento fetal crónico sumado a insuficiencia placentaria). Si el resultado de una ecografía doppler es anormal terminar el embarazo por cesárea. (1)

1.8. PRONÓSTICO

El pronóstico del embarazo depende directamente de la causa que origina el oligohidramnios. Cuando cada probable causa haya sido descartada, estaremos frente a un oligohidramnios idiopático, cuyo pronóstico se basa a la cantidad de líquido amniótico y el período gestacional de inicio.

En casos de oligohidramnios idiopáticos extremos que perduran durante varias semanas en menos de 24 semanas, se puede informar a los progenitores sobre la mortalidad perinatal debido a una hipoplasia pulmonar del 15% y, a la luz de estos datos, los tutores podrían decidir la interrupción legal del embarazo.

En el momento en que el hallazgo se realiza y el embarazo es a término se ha tenido resultados perinatales buenos.. (13)

1.9. FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es algo que aumenta la posibilidad de contraer una enfermedad o afección. Los factores de riesgo incluyen:

- **Edad Materna:** Cuando la madre es adolescente (10-19 años) o tiene una edad materna adulta (> 40 años), el recién nacido tiene mayores probabilidades de presentar mayor morbilidad y mortalidad.
- **Patología médica previa:** Cardiopatías maternas, hipertensión crónica, anemia, diabetes, etc.
- **Hábito de fumar:** Su utilización está relacionada con el 10% de los pesos perinatales debido a los impactos inmediatos de sus componentes, por ejemplo, alquitrán, nicotina y monóxido de carbono. Los impactos que crea en el bebé son: RCIU, bajo peso al nacer.
- **Alcoholismo:** Su impacto en el feto está relacionado con los niveles y la cronicidad del consumo, la edad gestacional, el tiempo de embarazo y la afectabilidad del tejido fetal. Afectando la separación y el desarrollo celular. En el feto produce una serie de trastornos como por ejemplo, impedimentos para el desarrollo pre y postnatal, complicaciones neurológicas inusuales y anomalías faciales.

1) **Enfermedad:**

Alteración fisiopatológica representado por una disminución en la medida del líquido amniótico. Se considera que cuando las características del líquido amniótico no son adecuadas para la edad gestacional.

Generalmente está relacionado con morbilidad y mortalidad perinatal en cualquier edad gestacional, pero particularmente en el segundo trimestre del embarazo, cuando el peligro de mortalidad perinatal alcanza del 80% al 90%.

2) PERIODO PREPATOGENICO:

a) Triada ecológica:

- AGENTE: Las causas aún no están claras, y pueden ocurrir en mujeres sin ningún riesgo en medio de su embarazo.
- HUÉSPED: mujeres en edad reproductiva.
- MEDIO AMBIENTE: Es la disposición de las condiciones externas o los impactos que influyen en la vida y el avance de una forma de vida. Todo incluido.

3) PERIODO PATOGENICO:

a) ESTIMULO DESENCADENANTE: Algunos factores que pueden asociarse a una enfermedad son los que acompañan: Podemos dividir las causas de Oligohidramnios en tres grandes grupos:

Causas fetales: Crecimiento intrauterino restringido (CIR), malformaciones fetales: Siendo las más frecuentes las renales (agenesia renal bilateral, obstrucción vesical, displasia renal multiquística, etc.) del sistema nervioso central, cardiovascular del esqueleto higroma quístico y del cierre del tubo neural. Enfermedad por citomegalovirus (CMV),.

Causas placentarias: Desprendimiento prematuro de placenta (DPP), Insuficiencia placentaria, ruptura prematura de membranas, síndrome de transfusión gemelar.

Causas maternas: Consumo de medicamentos inhibidores de prostaglandinas, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Hipertensión crónica, vasculopatía diabética, preeclampsia, etc.

b) SIGNOS Y SÍNTOMAS: Los principales síntomas maternos son: Disminución de movimientos fetales, el feto parece comprimido por las paredes uterinas y puede causar dolor a la palpación, la medida de altura uterina es menor de acuerdo lo esperado para la edad

gestacional. Y muchas veces no presenta sintomatología evidente o de acuerdo a la causa que produce el oligohidramnios.

- c) DEFECTO O DAÑO:** La escasez de líquido amniótico desde el inicio del embarazo puede hacer que el feto no pueda crecer ni desarrollarse adecuadamente presentando por ejemplo, hipoplasia pulmonar. El oligohidramnios produce restricción del crecimiento intrauterino, el nacimiento prematuro o la muerte perinatal.

En la posibilidad remota de que oligohidramnios ocurra en la segunda mitad del embarazo, puede causar deficiencias en el desarrollo fetal. Cerca del parto el oligohidramnios puede aumentar la compresión de cordón umbilical impidiendo una adecuada oxigenación al feto y provocar sufrimiento fetal, si hubiera la presencia de meconio se tiene el riesgo de síndrome aspirativo meconial, lo que hace que el embarazo concluya por una cesárea.

(14)

4) PREVENCIÓN:

4.1. PREVENCIÓN PRIMARIA

1. Promoción de la salud: Comprende acciones que se realizan para conservar la salud utilizando los medios accesibles para el individuo, la familia y la comunidad. Estas actividades construirán la oposición de la persona a la probabilidad de presentar una enfermedad y crearán una situación positiva para el bienestar. La promoción es importante y se práctica para elevar la calidad de vida, se toman en consideración pe y multicausales que inciden sobre el equilibrio de las personas y comunidades y que van más allá de las fronteras biológicas.
2. Promoción específica:

Atención prenatal: Es el conjunto de actividades periódicas que permite el control adecuado del embarazo.

 - Prevención, identificación y control de factores de riesgo obstétrico.
 - Otorgar tratamiento a enfermedades asociadas.

4.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

DIAGNOSTICO PRECOZ: Debemos realizar las pruebas indicativas que se acompañan:

1. Descartar ruptura prematura de membranas(RPM): A través de la anamnesis y exámenes necesarios que confirmen esta patología.
2. Descartar retardo de crecimiento intrauterino (CIR): Valoración del peso fetal evaluando el crecimiento fetal y se complementa con ecografía doppler.
3. Descartar malformaciones fetales: Estudio morfológico se realiza a través de una ecografía y descartar malformaciones nefrourológicas y del tubo neural, etc.
4. Descartar la enfermedad fetal debido al citomegalovirus (CMV): serologías maternas
5. Descartar toma de fármacos: inhibidores de las prostaglandinas e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina..

TRATAMIENTO OPORTUNO: El tratamiento particular de Oligohidramnios será dictado por su especialista según lo indicado por:

- Su embarazo, su estado general de salud y sus antecedentes médicos.
- Su embarazo, bienestar general y antecedentes restaurativos.
- Cómo vanguardista del bienestar tanto materno como fetal.
- Su capacidad de recuperación ante prescripciones, técnicas o tratamientos específicos.
- Expectativas de respuesta al tratamiento.
- Los sentimiento involucrados.

El tratamiento del Oligohidramnios puede incluir:

- Observación rigurosa de la medida del líquido amniótico y visitas sucesivas con su especialista.
- La amnioinfusión, introducir una cantidad de líquido extraordinario en el saco amniótico para restituir la falta o los bajos niveles de líquido amniótico.
- La amnioinfusión es todavía un tratamiento de prueba, aunque tiende a proponerse en medio de un embarazo con el objetivo final de intentar contrarrestar la hipoplasia pulmonar (pulmones inmaduros) o en el trabajo de parto si hay meconio y evitar el SAM.
- Parto si el oligohidramnios compromete la vida del feto o la madre.

4.3. PREVENCIÓN TERCIARIA.

LIMITACIÓN DEL DAÑO: Lo más importante es la acción restrictiva de las secuelas, es imperativo que se tomen medidas específicas para evitar mayor daño por una enfermedad.

REHABILITACIÓN: complejidades en las que el paciente puede tener secuelas y quedar mutilado en una parte de sus capacidades.

- Complicaciones con la placenta y sus membranas: Si su placenta deja de proveer los suplementos fundamentales para el buen desarrollo y crecimiento del feto se dejará de reutilizar sus líquidos; una realidad que causaría una disminución extensa en la medida del líquido amniótico presente en su saco amniótico.
- Presencia de malformaciones fetales: Si el feto tuviera problemas renales, sin duda dejaría de suministrar suficiente orina para mantener la medida del líquido amniótico en el nivel del saco, que causaría bridas y adherencias entre el

amnios y partes fetales que pueden producir amputación de miembros.

- Hipoplasia pulmonar: el efecto máximo que tiene el oligohidramnios sobre el desarrollo pulmonar ocurre a las 16-28 semana del embarazo. El líquido amniótico es muy importante para el desarrollo de sus órganos, particularmente los pulmones. La cantidad insuficiente de líquido amniótico durante períodos muy prolongados va a determinar un desarrollo anormal o incompleto de los pulmones. Por 3 mecanismos:
 - Compresión de la pared torácica
 - Ausencia de movimientos respiratorios fetales, disminuyendo el volumen que ingresa al pulmón.
 - Falta de retención de líquido amniótico o aumento de volumen que sale del pulmón. (15)

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:

I. ANAMNESIS:

1. FILIACIÓN:

APELLIDOS Y NOMBRE : F.P.G.

EDAD : 36 años.

SEXO : Femenino.

OCUPACIÓN : Vendedora de golosinas.

RELIGIÓN : Católica.

ESTADO CIVIL : Conviviente.

NACIONALIDAD : Peruana.

LUGAR DE NACIMIENTO : Moquegua.

FECHA DE NACIMIENTO : 12-03-82

RESIDENCIA ACTUAL : Santa Rosa Mz F lote 11.

GRADO DE INSTRUCCIÓN : Quinto de Secundaria.

FECHA DE INGRESO : 09-11-18 HORA: 01.30

INFORMANTE : La paciente.

2. ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 1 día.

Signos principales: Disminución de líquido amniótico.

Relato de la enfermedad:

Paciente referida del Hospital de Mollendo por oligohidramnios severo, paciente refiere que acude a un control ecográfico al Hospital y encuentran que hay disminución de líquido amniótico, no refiere pérdida de Líquido amniótico, no dolor tipo contracción uterina, siente movimientos fetales.

3. FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apetito : Conservado.

Sed : Conservado.

Deposiciones : Normales.

Orinas : Normales.

Sueño : Conservado.

4. ANTECEDENTES:

A. PERSONALES:

a) Fisiológicos:

Parto : Eutócico.

Atención : Empírica, domiciliaria.

Lactancia Materna : Hasta los 2 años.

Vacunas : Completas.

Menarquia : 13 años.

Inicio de relaciones sexuales : 16 años.

FUM : 10-03-18

Fórmula obstétrica : Gestaciones: 3, partos: 3, abortos: 0, hijos vivos:3 (G3P3003), partos vaginales Hospitalarios.

Métodos Anticonceptivos : Hormonal trimestral hasta el 05-09-17

Papanicolau : Si Negativo

b) Patológicos:

Alergias : No

Enfermedades anteriores : No

Hospitalizaciones previas : No

Intervenciones quirúrgicas : No

Accidentes y secuelas : No

Transfusiones : No

Medicación habitual : No

Hábitos nocivos : No los tiene

c) Socioeconómicos:

Vivienda: Alquilada, de material noble, tiene buena ventilación, tiene 3 habitaciones y viven 5 personas

Crianza de animales: no tiene

Alimentación: Es variada, 3 raciones diarias.

Seguro de Salud: si

Dependencia Económica: no tiene

B. FAMILIARES

Padre: Vive, aparentemente sano de 66 años de edad.

Madre: Vive, aparentemente sana de 68 años de edad.

Hermanos: Viven, aparentemente sanos son 8.

Cónyuge: Vive, aparentemente sano de 34 años de edad.

Hijos: Viven, aparentemente sanos de 19,14,8 (2 femenino, 1 masculino).

II. EXAMEN FÍSICO:

1. IMPRESIÓN GENERAL:

SIGNOS VITALES: Frecuencia cardiaca (FC): 80 latidos por minuto(l/m), frecuencia respiratoria (FR): 20 respiraciones por minuto (r/min.), presión arterial (PA): 130/80 milímetros de mercurio (mmHg), temperatura (T): 36.5 grados centígrados(°C).

Peso: 79 kilogramos (Kg). Talla: 1.60 metros.

Aspecto General: Paciente en buen estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación; despierta, lúcida, orientada en tiempo, espacio y lugar; colabora con el interrogatorio y examen físico.

Piel: de color trigueña, turgor y elasticidad conservados. Signo del pliegue negativo; Nevos: no tiene.

Tejido celular subcutáneo (TCSC): buena cantidad, bien distribuido, edemas: (+)

Faneras: Llame capilar < 2 segundos (Seg.): Uñas: rosadas, cabello: Negro, opaco, bien implantado.

2. EXAMEN REGIONAL:

CABEZA:

Cráneo: Normocéfala, no tumoraciones, ni cicatrices.

Ojos: Negros, simétricos, escleróticas limpias, conjuntivas palpebrales ligeramente pálidas, visión conservada.

Nariz: Normorrinea, fosas nasales permeables, sentido del olfato conservado.

Oídos: Pabellones auriculares externos(PAE) bien implantados, simétricos, conductos auditivos externos (CAE) permeables, audición conservada.

Boca: Central, mucosas orales húmedas, lengua central, móvil, sentido del gusto conservado.

Orofaringe: No congestiva, amígdalas normales, úvula, central.

Piezas dentarias: Incompletas, con caries en varias piezas, mal estado de conservación e higiene.

CUELLO: Central, móvil, no se palpan adenopatías.

TORAX: Simétrico, amplexación y elasticidad conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Mamas: Simétricas, no presenta cicatrices, no retracciones, no se palpan tumoraciones, pezones bien conformados.

CARDIOVASCULAR:

Corazón: Ruidos cardiacos presentes, no soplos, pulsos periféricos presentes.

ABDOMEN: Globuloso ocupado por útero gestante, cicatriz umbilical presente no protrusión, no visceromegalias, ruidos hidroaéreos (RHA) presentes.

Se palpa útero gestante, altura uterina (AU): 30 cm., estática fetal: LCI, LCF: 144x', MF: presentes, DU: No

GENITOURINARIO: Puño percusión lumbar (PPL): Negativos, puntos renureterales (PRU): Negativos.

Genitales externos: Femenino de multípara.

Tacto vaginal: vagina, amplia, elástica y profunda (VAEP), cuello uterino íntegro, dilatación (D): 0, borramiento (B): 0, altura de presentación (AP): -3, membranas ovulares: Íntegras, pelvis ginecoide, se aprecia secreción blanca no mal olor en regular cantidad.

Ano y recto: Permeable.

Extremidades: Miembros inferiores con edema(+), motilidad conservada

NEUROLÓGICO: Glasgow: 15/15, Déficit Motor: No, Sensibilidad: Si, signos meníngeos: No, reflejos osteotendinosos (ROT): presentes, normales.

III. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Gestación de 34 sem. 6 días x FUM
- Oligohidramnios Severo.
- Vulvovaginitis.

1. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

EXÁMENES DE SANGRE:

09-11-18:

- Tiempo de protrombina (TP) : 11.1 seg.
- Tiempo parcial de tromboplastina (TPT) : 34.2 seg.
- Índice índice internacional normalizado (INR) : 1.03
- Hemoglobina (Hb) : 7gramos/decilitro
- Hematocrito (Hto) : 3.89 x 1'000,000/mm3.
- Plaquetas : 326,000 ul
- Volumen plaquetario medio (VPM) : 7.4 %
- Procalcitonina (PTC) : 0.242
- Creatinina : 1.02 mg/dl.
- Glucosa : 117 mg/dl.
- Hemograma :

Leucocitos : 8.005 x 10/ul.

- Abastionados (Ab) : 01 células (cel)/mm3.
- Segmentados(S) : 85 cel./mm3.
- Neutrofilos(N) : 86 cel./mm3.
- Eosinofilos (E) : 01 cel./mm3.
- Basofilos (B) : 00 cel./mm3.
- Monocitos (M) : 02 cel./mm3.
- Linfocitos (L) : 11 cel./mm3.

09-11-18 HORA: 11.46

Hb: 6.8 gr./dl.

Hto: 23.0%

Plaquetas: 346,000 ul.

Leucocitos: $6.57 \times 10^9/\text{ul}$.

- Ab: 02 cel./mm³
- S: 77 cel./mm³
- N: 79 cel./mm³
- E: 00 cel./mm³
- B: 00 cel./mm³
- M: 02 cel./mm³
- L: 19 cel./mm³

EXÁMENES URINARIOS:

- Leucocitos: 12-15 por campo, piocitos: +
- Hematíes: Negativo.
- Células Epiteliales 8-10 por campo
- Bacterias: +
- Proteinuria Cualitativa: Negativa.

ESTUDIOS ECOGRÁFICOS:

FECHA: 08-11-18 HORA: 20:34 (HOSPITAL MOLLENDO)

INFORME ECOGRÁFICO:

Feto único vivo, LCI, LCF: 146x' ILA: 4.8

Placenta fúndica posterior II/III

Diámetro biparietal (DBP): 79.7 32 semanas, 1 día.

Perímetro cefálico (PC): 308 mm 34 semanas, 3 días.

Longitud de femur (LF): 291 mm 33 semanas

Circunferencia abdominal (AC): 663 mm 34 semanas

ID: - Gestación de 33 semanas. 3 días.

- Oligohidramnios severo
- Retardo de crecimiento intrauterino (RCIU)?

FECHA: 09-11-18 HORA: INGRESO (HNCASE)

INFORME ECOGRÁFICO OBSTÉTRICO:

Feto: Único, vivo. LCF: 144x'

Situación: Longitudinal.

Presentación: Cefálica.

Posición: Izquierda.

Placenta: Fúndica.

Grado II/III.

ILA: 02

Cervicometría: 42 mm.

BIOMETRÍA:

DBP: 82 mm. 31semanas (sem.), 3 días (d.).

PC: 320 mm. 33sem. 6d.

AC: 309 mm. 36sem. 2d.

LF: 66 mm. 34sem.

Peso fetal (PF): 3537 +- 300 gramos.

Hallazgos presencia de vejiga.

CONCLUSIONES:

- Gestación 35 semanas.
- Oligohidramnios severo.

MONITOREO BIENESTAR FETAL:

Test no estresante(TNS) 9/11/18(ingreso) 9/11/18(10:08)

FCF. basal: 138 lat./minuto 145 lat./minuto

Variabilidad: +10 5-10

Cinética fetal: 3 movimientos fetales+3 movimientos fetales

Reactividad: presente presente

Desaceleraciones:	no	no
Resultado:	10/10	9/10

INTERCONSULTAS:

Medicina Interna: 09-11-18 07:40

Dg: Electrocardiograma (EKG) normal regulares.

Riesgo Quirúrgico: II/IV

Sugerencias: Monitorizar Hb., manteniendo ≥ 7 gr%. Solicitar evaluación a hematología.

REFERENCIA:

08-11-18. Fue referida por hospital de Mollendo, con vía periférica, le administran dexametasona 6 mg. IM, con diagnóstico:

- Gestación de 33 sem. 3 días x biometría fetal.
- Descartar Oligohidramnios severa.
- RCIU?

EVOLUCIÓN MEDICA:

09-11-18 00:50 (Emergencia)

Gestante referida de Hospital de Mollendo en ABEG, PA:130/80 mm Hg. P: 80x'.

Al examen: AU: 30 cm. Feto LCI, LCF: 144x' DU: no, tono conservado.

Genitales de múltipara, VAEP con abundante flujo blanco sin mal olor.

Dg: - Gestación de 34 sem, 6d.

- ARO Oligohidramnios
- Vulvovaginitis.

09-11-18 02:30 (Piso) Le realizan Historia Clínica

PA:130/80 mmHg.FC:80 x' T: 37°C R: 20 x'

Por ecografía feto en LCI, LCF: 144x' , placenta fúndica Anterior derecha
ILA: 2, peso fetal: 3537 gr.

MI: Edema (+)

ID: - Gestación 34 sem. 6 días x FUM

- Oligohidramnios severo.
- Vulvovaginitis.
- Anemia severa.
- Infección del tracto urinario.

09-11-18 08:20 (Piso)

PA: 120/70 mmHg. FC: 78x'

Gestante de 36 años de edad al momento tranquila, siente movimientos
fetales, no presenta pérdida de líquido amniótico, no sangrado genital.

Al examen: AREG, LOTEP, lúcida afebril. AU: 30 cm. Feto: LCI, LCF;
142x', DU: no.

ID: - Gestación de 34 sem. 6 días x FUM.

- Oligohidramnios.
- Vulvovaginitis.
- Anemia.
- ITU.
- Feto grande para edad gestacional.

INDICACIONES:

09-11-18 (INGRESO)

- Dieta blanda
- Control de funciones Vitales
- Control Obstétrico: MF, LCF, DU
- Ecografía Obstétrica
- TNS
- Hgr, Hb, Hto, Plaquetas, TP, TPT, INR, Grupo sanguíneo Factor RH, Glucosa, creatinina, Ac. Úrico, Deshidrogenasa láctica (DHL),

bilirrubina total (BT), bilirrubina directa (BD), bilirrubina indirecta (BI),
Aspartato aminotransferasa (TGO), Alanina aminotransferasa (TGP)

- Riesgo Quirúrgico.
- Interconsulta a Medicina Interna
- Examen completo de orina, proteinuria cualitativa.
- Urocultivo y antibiograma.

09-11-18 (08:20)

- Interconsulta a Hematología.
- Ecografía Doppler.
- Hb, Hto. hemograma.
- Ferritina sérica
- Monitoreo fetal

TRATAMIENTO:

- Cloruro de sodio 9°/oo 1000 cc. vía EV
- Clotrimazol 500 mg. 1 óvulo por noche
- Dexametasona 6 mg c/12 horas, vía IM
- Cefazolina 1 gr. vía EV c/8 horas.

CAPITULO III

DISCUSIÓN

En un estudio realizado por la Dra. Caridad Irene Amador de Varona (2013) Oligohidramnios: Medidor de salud fetal nos dice que el oligohidramnios, es un diagnóstico que se incorporó al trabajo obstétrico en las últimas décadas, es causa importante de morbilidad fetal e incrementó el indicador de la operación cesárea, se sabe que el daño fetal será proporcional al tiempo de exposición del feto a las causas que lo provocan. (2). El caso Clínico que se está analizando, se está haciendo todos los exámenes necesarios para encontrar la causa, por el daño que puede ocasionar al feto y más aún por la edad gestacional que es pretérmino, coincidiendo también que tiene que ver con la prematurez y la terminación de embarazos por cesárea.

También se coincide en que para alcanzar plenamente el nivel de profesión que tiene que atender gestantes, debe mostrar responsabilidad por lo que el diagnóstico de estos profesionales de salud, proporcione un mecanismo útil para estructurar los conocimientos y la importancia que tiene este escrito para detectar nuevos factores de riesgo para anticipar el surgimiento de esta enfermedad, es importante que los profesionales brinden atención prenatal con enfoque de riesgo.

Según Jorly Mejía Montilla (2017) en su estudio oligohidramnios aislado y resultante neonatal en embarazos a término (isolate oligohidramnios and neonatal outcome in term pregnancy). (3)

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de pacientes con relación a la edad materna, edad gestacional al momento del parto, nuliparidad, peso y sexo del recién nacido ($p = ns$). Se observó un periodo significativamente menor en el intervalo entre la ecografía diagnóstica y el parto ($p < 0,0001$), se coincide en que no debe pasar mucho tiempo luego de hacer el diagnóstico ecográfico y la culminación del embarazo, como en el caso clínico que se está completando exámenes para hacer una cesárea, y madurando los pulmones del feto.

Según María José Pisco de la Cruz (2016) "Oligoamnios. Factores de riesgo y complicaciones maternas fetales, estudio a realizado en el Hospital Dr. Matilde Hidalgo de Procel. (4)

El oligoamnios complica del 0,5% al 8% de los embarazos y el pronóstico está asociado con la edad gestacional. Una alteración del volumen estaría asociada a múltiples factores de riesgos tanto maternos como fetales. En el hospital no se registra la incidencia de los factores de riesgos ni complicaciones del oligoamnios que pueden producir mortalidad y morbilidad materna y fetal. Por el cual se realizó este estudio. El objetivo es determinar los factores de riesgos y complicaciones maternas fetales del oligoamnios que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en Guayaquil en el periodo del 2014 – 2015. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal, diseño de serie de casos. En los resultados se evidencio: Mayor prevalencia de oligoamnios fue el severo 66,3%, la edad gestacional más frecuente 38 sdg, la causas rotura prematura de membranas con 30,5%, restricción del crecimiento intrauterino con 28,4%, complicación materna 1%, malformación fetal 1%, vía de resolución del embarazo parto 5,2% y cesárea 78,9%. En conclusión, el oligoamnios se encontró más frecuente en la 38s dg de las pacientes atendidas por emergencia, la principal causa rotura prematura de membrana 30,5%, se registró una complicación materna en el momento de la cesárea síndrome adherencial severo y sangrado abundante con 1%, las principales comorbilidades fetales peso bajo al nacer 22,1% prematuridad 10,5%, distrés respiratorio, mortalidad fetal 2,1% debido a que algunas gestantes no llevaban ningún control prenatal ni ecográfico. Coincidiendo en este caso clínico en que la paciente no tuvo controles prenatales previos a la ecografía diagnostica y que fue atendida como una emergencia ya que tuvo que ser referida en forma inmediata y con un embarazo que no es a término.

Alrededor del 8% de las mujeres al término del embarazo, tienen un nivel de líquido amniótico inferior al normal. El oligohidramnios se puede presentar en Cualquier etapa del embarazo, aunque es más común durante el último trimestre. (6)

En un estudio realizado por los doctores: Carlos Romero Díaz, Migdalia de la M.

Peña Abrahan, Nelsa Gutiérrez Valdez, Eddy Gonzales Ungo, Yordania Álvarez Rivera del Hospital Abel Santamaria Cuadrado Pinar del Río Enero a Diciembre del 2006 Oligoamnios: Epidemiología de un grave problema de la Obstetricia Moderna (16), se encontró que el oligohidramnios fue el factor de riesgo para la inducción del parto y un Apgar <7 a los 5' y 47.2%, terminan en cesárea teniendo como principal causa el sufrimiento fetal y si tienen un ILA < 2.5 se asocia con mayor frecuencia de mortalidad perinatal. Es por ello que en este caso clínico está en vigilancia constante y monitoreo fetal si en algún momento pudiera presentar sufrimiento fetal que podría desencadenar en una muerte perinatal.



CONCLUSIONES

PRIMERA: Gestante con un embarazo no planeado, no habiendo recibido atención preconcepcional.

SEGUNDA: Gestante, sin ningún conocimiento de los riesgos que conlleva el embarazo, en la salud del binomio madre-feto.

TERCERA: Gestante que no se responsabiliza de la atención que debe recibir por el embarazo, no acude a APN en forma adecuada, ya que acude en el tercer trimestre.

CUARTA: Acude tardíamente a una atención prenatal, y por hallazgo ecográfico le diagnostican: Oligohidramnios severo, un embarazo que no está a término, patología que pone en riesgo el bienestar fetal y materno convirtiéndose en una emergencia.

QUINTA: Gestante es referida en forma oportuna hacia un hospital de mayor complejidad como es el HNCASE.

SEXTA: La Gestante no tiene antecedentes de enfermedades ni consumo de medicamentos.

SÉPTIMA: Gestante no presenta síntomas que la hicieran sospechar de alguna enfermedad, pero se hace el hallazgo de: Anemia severa, infección del tracto urinario y vulvovaginitis, no diagnosticadas ni tratadas en el primer nivel de atención complicando probablemente el pronóstico materno-fetal.

OCTAVA: El manejo de la gestante es de acuerdo a guías de atención y a la capacidad resolutive que tiene esta institución de salud.

NOVENA: La conducta en este caso sería expectante y vigilante, para la culminación del embarazo por cesárea.

RECOMENDACIONES

1. A los directores de instituciones de salud, difundir que el embarazo es un hecho único, individual y valioso, producto del amor de 2 personas por lo cual no debe ser la casualidad de un momento, sino debe ser planeado como una creación humana, para lo cual se recomienda acudir a la atención preconcepcional, que va a permitir evaluar y decidir si estamos en las mejores condiciones físicas, genéticas, biológicas, psicológicas, sociales y económicas para optar por un próximo embarazo. Y no tener embarazos de alto riesgo por ejemplo: OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO.
2. A los directores de instituciones de salud que promociónen la atención prenatal para que las gestantes asuman con responsabilidad los cuidados que esto implica debiendo acudir en forma precoz a una atención prenatal que nos garantice un control del embarazo completo, integral, multidisciplinario, que permita prevenir enfermedades que se puedan asociar al embarazo o dar tratamiento oportuno si ya tuviéramos una patología, que pueda poner en riesgo el bienestar materno-fetal. Embarazos previos aparentemente normales, no garantizan que el embarazo actual sea igual.
3. A los responsables de establecimientos de salud y obstetras que laboran en estos, hacer alianzas con el sector educación, municipios, comunidad organizada para difundir la importancia a las mujeres en edad reproductiva el autoconocimiento del su ciclo menstrual, llevar un registro de su fecha de última menstruación y a la falta de esta, acudir al establecimiento de salud cercano a su domicilio.
4. A los responsables de establecimientos de salud, que se garantice que a toda gestante se le realice por lo menos tres estudios ecográficos una en cada trimestre, ya que hay patologías asociadas al embarazo que se diagnostican por este importante examen complementario como fue en este caso el, oligohidramnios severo que está asociado a mortalidad perinatal y morbilidad materna.

5. A la dirección de salud garantizar los niveles y capacidad resolutive de los establecimientos de salud así como el uso de guías de atención obstétrica ya que permite el manejo adecuado de las gestantes en sus respectivos niveles de atención.
6. A la dirección de salud se garantice en todos los establecimientos de salud el recurso humano obstetra ya que por falta de este recurso humano se está obviando actividades de prevención importantes como es, la captación de gestantes y así evitar que inicien atención prenatal en forma tardía poniendo en riesgo la salud materna-fetal.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guías Clínicas y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Perinatal. IM, editor. Lima; 2014.
2. Amador de Varona Caridad Irene. Oligohidramnios: medidor de salud fetal. Hospital Ginecobstétrico Docente Provincial Ana Betancourt de Mora. ed. Cuba : Camaguey; 2013.
3. Montilla Jorly Mejilla. Oligohidramnios aislado y resultante neonatal en embarazos a término isuate oligohidramnios and neonatal outcome in tren pregnancy)Servicio de Obstetricia y Ginecología - Maternidad". Dr. Nerio Belloso", Hospital Central ed. Zulia E, editor. Venezuela: Maracaibo; 2017.
4. Pisco de la Cruz MJ. Oligoamnios. factores de riesgo y complicaciones materno fetales. estudio a realizarse en el hospital Dr. Matilde Hidlago de Procel periodo enero 2014- 2015. Universidad de Guayaquil facultad de ciencias Médicas.Escuela de Medicina ed.; 2016.
5. Gamez F. Oligohidramnios diagnosticado ecográficamente: su relación con el pronóstico perinatal y aproximación a la actitud obstétrica.. In. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid; 2015. p. 31-43.
6. Reece Albert. Obstetricia clínica.. In. Madrid, España: Médica Panamericana; 2014. p. 595-603.
7. Asim K. Ecografía en obstetricia y ginecología.. In. México: Médica Panamericana; 2014. p. 513-5019.
8. Cabero Roura Luis. Obstetricia y medicina materna fetal. In. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2015. p. 652-665.
9. Pabón J. Consulta práctica. In. Venezuela: MedBook Panamericana,; 2016. p. 115-123.

10. Inay K. Inay, KPatología humana. In Patología humana. arcelona, España: Elsevier Health Sciences p. 260-263.
11. Gordon B. Neonatología: fisiopatología y manejo del recién nacido.. In. Mexico: Médica Panamericana; 2016. p. 919-928.
12. DeCherney A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos.. In. México: McGraw Hill Mexic; 2014. p. 255-261.
13. Campbell W. Urología. In. Madrid, España: : Médica Panamericana p. 3487-3496.
14. Senado-Dumoy. Los factores de riesgo en el proceso salud enfermedad. In Integr RRCM, editor..; 1999. p. 60- 453.
15. Sante Farfan Gian Carlo y Esmeralda Silva Rafo. "Oligohidramnios en el Hospital Regional Hipólito Unanue". In. Tacna, Perú; 2016.
16. Romero D, Peña A, Gutierrez V, Gonzales U, Alvarez R. Oligoamnios :epidemiologia de un grave problema de la obstetricia moderna. In rio Pd, editor...: Hospital Abel Santa Maraia Cuadraro; Enero -Diciembre 2016.